

សេចក្តីយល់ព្រមលើកលែងជំនួយឧបត្ថម្ភគ្រួសារ
FAMILY SUPPORT EXCEPTION APPROVAL

ឈ្មោះអតិថិជន	លេខ DD	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ
--------------	--------	---------------

ស្ថានភាពនៃការឧបត្ថម្ភគ្រួសារ

អ្នកត្រូវបានគេអនុញ្ញាតឱ្យទទួលបានជំនួយឧបត្ថម្ភគ្រួសារបន្ថែម

ចំនួន \$ ប្រាក់ដែលបានលៃឱ្យតែមួយលើក ក្នុងមួយខែ

រយៈពេលដែលបានយល់ព្រម (មិនអាចលើសពីចំនួន 60 ថ្ងៃ/ពីរខែ) ៖ ថ្ងៃចាប់ផ្តើម ថ្ងៃបញ្ចប់

នាយកគ្រប់គ្រងធនធាន/សំណុំរឿង	លេខទូរស័ព្ទ	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល
-----------------------------	-------------	-----------------

សិទ្ធិសុំឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក

អ្នកមានពេលចំនួនកៅសិប (90) ថ្ងៃ ចាប់តាំងពីថ្ងៃដែលបានទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្នើសុំធ្វើសវនាការរដ្ឋបាលតវ៉ាចំពោះសកម្មភាពនេះ ។

បច្ចុប្បន្ននេះ បើអ្នកកំពុងទទួលសេវាកម្មដែលចេញប្រាក់ដោយនាយកដ្ឋាន DDD ហើយចង់ឱ្យសេវាកម្មនេះនៅតែបន្តក្នុងកំឡុងពេលឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក នោះអ្នកត្រូវតែបំពេញសំណុំបែបបទនៃការស្នើសុំរបស់អ្នកសំរាប់ធ្វើសវនាការរដ្ឋបាលមួយ ត្រឹមថ្ងៃ _____.

- បើអ្នកជ្រើសរើសយកការបន្តទទួលសេវាកម្មដែលចេញប្រាក់ដោយនាយកដ្ឋាននេះ ហើយការសំរេចចុងបញ្ចប់ធ្វើតាមសកម្មភាពរបស់ក្រសួង នោះអ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវក្នុងការសងប្រាក់វិញរហូតដល់ចំនួន 60 ថ្ងៃនៃថ្ងៃសេវាកម្មដែលនាយកដ្ឋានបានចេញប្រាក់ឱ្យ ។
- បើអ្នកមិនចង់បន្តទទួលសេវាកម្មរបស់អ្នកដែលចេញប្រាក់ដោយនាយកដ្ឋានទេ, សូមទាក់ទង ៖

_____ តាមលេខ

នាយកគ្រប់គ្រងធនធាន/សំណុំរឿង
លេខទូរស័ព្ទ

អ្នកមានសិទ្ធិដូចតទៅ ៖

1. មានអ្នកតំណាង (អ្នកអាចមានលក្ខណសម្បត្តិសំរាប់ទទួលបានជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយមិនបង់ថ្លៃ);
2. ស្នើសុំសំណើចម្លងនៃសំណុំរឿងរបស់អ្នក និងគ្រប់ទាំងព័ត៌មានដែលបានពិនិត្យដោយនាយកដ្ឋាន DDD ដើម្បីធ្វើសេចក្តីសំរេចរបស់ក្រសួង;
3. ដាក់បញ្ចូលឯកសារនានាទុកជាកត្តា;
4. ឆ្លើយបំភ្លឺនៅពេលធ្វើសវនាការ និងនាំសាក្សីទៅផ្តល់កសិណក្នុងនាមរបស់អ្នក; និង
5. ចោទសួរដល់សាក្សីនានាដែលកំពុងផ្តល់កសិណសំរាប់ក្រសួង ។

លិខិតសំរាប់បំពេញបែបបទនៃការស្នើសុំធ្វើសវនាការរដ្ឋបាលមួយច្បាប់ត្រូវបានផ្ញើក្លាបមកជាមួយនេះ ។

សំណួរ

បើអ្នកមានសំណួរអំពីសេចក្តីសំរេចនេះ ឬពីដំណើរការឧទ្ធរណ៍, សូមទាក់ទង ៖

ឈ្មោះ	លេខទូរស័ព្ទ	ការិយាល័យក្នុងតំបន់
-------	-------------	---------------------



ជំនួយឧបត្ថម្ភសេវាថែទាំរោគ DDD

សេចក្តីយល់ព្រមនៃការលើកលែង

សេចក្តីស្នើសុំធ្វើសវនាការ

យោងតាមច្បាប់ ជំពូក 388-02 សំរាប់បទបញ្ញត្តិ

សវនាការក្រសួង DSHS

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

ផ្ញើទៅ ៖ OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
 PO BOX 42489
 OLYMPIA WA 98504-2489

លេខទូរសារ ៖ 360-586-6563

ខ្ញុំស្នើសុំឲ្យមានការបង្កើតសវនាការមួយ ពីព្រោះខ្ញុំមិនយល់ស្របជាមួយសេចក្តីសំរេចរបស់សេវាកម្មអ្នកផ្តល់ការសេវាបំរើដោយរាយកង្ការអភិវឌ្ឍន៍ពិការភាព (DDD) ដូចខាងក្រោមនេះ ៖

ឈ្មោះរបស់អ្នក (សូមសរសេរជាអក្សរពេញ)	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំកំណើត
អាសយដ្ឋាននៃជនដែលស្នើសុំបង្កើតសវនាការ	អត្តលេខ ID របស់អតិថិជន
ក្រុង រដ្ឋ ស៊ីបខ្វែង	លេខទូរស័ព្ទ (រួមបញ្ចូលទាំងលេខតំបន់) <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទសំរាប់ទទួលសារ

ខ្ញុំត្រូវបានគេផ្តល់ដំណឹងពីសេចក្តីសំរេចនេះថ្ងៃទី៖ _____ **ដោយ៖** _____
 ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ ឈ្មោះនិងទីកន្លែងនៃការិយាល័យក្រសួង DSHS

ខ្ញុំចង់បន្តទទួលជំនួយ បើខ្ញុំមានលក្ខណសម្បត្តិ ៖ បាទ/ចាស ទេ កម្មវិធី៖ _____

ខ្ញុំត្រូវបានគំរាមដោយ (បើអ្នកធ្វើជាគំរាមឲ្យខ្លួនឯង, សូមកុំបំពេញពីរប្នាត់ខាងក្រោមនេះ) ៖

ឈ្មោះអ្នកគំរាមរបស់អ្នក	អង្គការ	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋាន	ក្រុង	រដ្ឋ ស៊ីបខ្វែង

ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ចេញព័ត៌មានអំពីសវនាការរបស់ខ្ញុំទៅឲ្យអ្នកគំរាមរបស់ខ្ញុំ ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នក ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ

តើអ្នកត្រូវការអ្នកប្រែភាសា ឬជំនួយដទៃទៀត ឬការជួយសម្របសម្រួលសំរាប់សវនាការឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើត្រូវការ, តើភាសាអ្វី ឬជំនួយអ្វី? _____

ចៅក្រមផ្នែករដ្ឋបាល (ALJ's) អាចធ្វើសវនាការខ្លះៗតាមទូរស័ព្ទបាន ។ បើអ្នកចង់ប្តូរទៅជាសវនាការបង្ហាញខ្លួនផ្ទាល់វិញ, សូមធ្វើតាមការណែនាំនៃសេចក្តី ជូនដំណឹងសវនាការ ដែលនឹងផ្ញើអ្នកដោយរាយកង្ការ OAH ។